

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 100

PLEURÉSIES PURULENTES

OBSERVÉES SPÉCIALEMENT

pendant l'Épidémie de Grippe 1918-1919

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Mars 1920

PAR

Louise CANALS

Née à Paris, le 12 Janvier 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

TÉDENAT, Professeur, *Président.*

DUCAMP, Professeur

ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUX ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 100

PLEURÉSIES PURULENTES

OBSERVÉES SPÉCIALEMENT

pendant l'Épidémie de Grippe 1918-1919

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Mars 1920

PAR

Louise CANALS

Née à Paris, le 12 Janvier 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président*.

DUCAMP, Professeur

ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*), DOYEN.
SARDA, ASSESSEUR.
IZARD, SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.
Clinique des maladies ment. et nerv.
Physique médicale.
Botanique et Histoire naturelle médicales.
Clinique chirurgicale.
Clinique ophtalmologique.
Physiologie.
Histologie.
Clinique médicale.
Anatomie.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.
Médecine légale et Toxicologie.
Clinique des maladies des enfants.
Pathologie et thérapeutique générales.
Hygiène.
Clinique médicale.
Clinique obstétricale.
Thérapeutique et Matière médicale.
Anatomie pathologique.
Chimie biologique et médicale.
Microbiologie.
Pathologie interne.

MM. TEDENAT (*).
MAIRET (*).
IMBERT (*).
GRANEL.
FORGUE (O. *).
TRUC (O. *).
HEDON (*).
VIALLETON.
DUCAMP (*).
GILIS (*).
ESTOR.
SARDA (*).
BAUMEL (*).
BOSC.
BERTIN-SANS (H.)
N...
VALLOIS.
VIRES (*).
MASSABUAU (✱).
DERRIEN (✱).
N...
N...

PROFESSEURS ADJOINTS : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.

PROFESSEUR HONORAIRE : M. E. BERTIN-SANS (*).

SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adjoint.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, prof.-adjoint
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O * ✱) a. l. (ch. de c.).
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (* ✱) a. l. (ch. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIÈRE, agrégé. (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (ch. de c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ✱), doct ^r (ch. de c.).

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALAVIELLE.	CABANNES.	ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	PECH (* ✱) ch.d'agr.
GAUSSEL (* ✱).	J. DELMAS (*).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, président.
DUCAMP, professeur.

M. ETIENNE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

L. CANALS.

A MON MARI

A MON FRÈRE

Lieutenant au 82^{me} d'Infanterie,
décoré de la Croix de guerre (5 citations).

L. CANALS

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR TÉDENAT

Officier de la Légion d'honneur,
Professeur de Clinique chirurgicale,
à l'Université de Montpellier.

L. CANALS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIONIS DU SÉJOUR

Chevalier de la Légion d'honneur,
Professeur à l'École de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉTIENNE

Souvenir reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

L. CANALS.

PLEURÉSIES PURULENTES

OBSERVÉES SPÉCIALEMENT

PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE 1918-1919

I. — INTRODUCTION

Pendant la dernière épidémie de grippe, les médecins et chirurgiens ont eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de complications suppuratives, et nous avons pu nous-même recueillir, dans le service de M. le Professeur Tédénat, un assez grand nombre d'observations.

Suppuration de la plèvre, de la parotide, de divers ganglions, phlegmons diffus et gangréneux du périnée, de la région abdomino-pelvienne, abcès multiples aux membres inférieurs. Aussi nous avons pensé qu'il ne serait pas dépourvu d'intérêt de publier ces observations dans notre travail de fin d'études, en choisissant simplement celles qui se rattachent exclusivement aux suppurations de la plèvre. Nous verrons, en un historique rapide, quels ont été les lieux d'élection favoris des suppurations post-grippales des dernières épidémies, puis nous relaterons ce que nous avons observé récemment, divisant notre travail en étude basée sur les

observations de pleurésies purulentes à pneumocoques ou à streptocoques. De ces observations, nous déduirons les différences de symptomatologie et d'évolution que nous avons pu constater.

Nous ne redirons point la symptomatologie, l'évolution, le diagnostic, pronostic et thérapeutique de la pleurésie purulente ; notre thèse sera plutôt un exposé d'observations cliniques presque toutes personnelles et d'où nous tirerons des conclusions.

*
* *

Je suis heureuse de pouvoir rendre ici hommage à M. le Professeur Tédénat. Je lui dois l'idée de ce travail et tous les conseils qui m'ont permis de l'accomplir.

Arrivée en novembre 1915 à Montpellier, j'ai trouvé auprès de M. le Professeur Tédénat un accueil plein de bienveillance et de bonté, et c'est avec une bien grande joie qu'en janvier 1916 j'ai commencé à faire fonction d'interne dans son service. Il a été pour moi le meilleur des maîtres, et je le prie d'accepter l'expression de ma gratitude et de ma respectueuse affection.

Mes remerciements iront ensuite à M. le Docteur Dionis du Séjour, chirurgien et professeur de médecine opératoire à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, dont j'ai été l'interne pendant deux années scolaires et qui m'a fait aimer la chirurgie.

J'adresse, enfin, un pieux souvenir à la mémoire du Docteur Maire, chirurgien de l'Hospice civil de Vichy, qui, avant tout début d'études médicales, voire même du P. C. N., m'intéressa déjà à l'art chirurgical.

II. — HISTORIQUE

Des relations bien observées des nombreuses épidémies de grippe qui ont éclaté en Europe ont été laissées par les médecins, et peu de maladies ont une histoire clinique aussi complète que la grippe. Parmi toutes les manifestations pulmonaires, celles de la plèvre, cependant, paraissent avoir été moins étudiées, et on ne trouve que quelques faits rares et par là même intéressants.

BAILLOU, en 1571 (Indications tirées du livre d'Ozanam sur *l'histoire des maladies épidémiques*), observe une épidémie de grippe. Il est frappé par la fréquence des pleurésies qui auraient causé la mort d'un grand nombre de malades.

WILLIS, en 1657, a noté des phénomènes de congestion, quelques forts crachements de sang.

SYDENHAM, 1676, observe à Londres une épidémie de grippe qui s'abattit sur les habitants des mêmes maisons sur plusieurs membres d'une famille. Dans nombre de cas, les malades souffraient d'une douleur aiguë dans le côté, de dyspnée, de fièvre. Tout indiquait une pleurésie, mais, ajoute Sydenham, cette pleurésie avait des caractères particuliers et paraissait d'un pronostic plus défavorable que d'ordinaire.

CRIVELLI, 1733, décrit l'épidémie en Italie : « cette épidémie qui, par elle-même, n'avait rien d'essentiellement dangereux, prenait parfois un caractère aigu et pernicieux, elle se transformait alors en catarrhe suffocant, en pleurésie, en péripleurésie, en angine et en vomique ».

PHILIPPE VIOLANTE, en 1762, observe la maladie régnante en Saxe, et note l'existence de pleurésies dans nombre de cas.

L'épidémie de 1837 fut remarquable par la présence des complications pulmonaires.

PIEDAGUEL, VIGLA, PIORRY, énumèrent les formes de cette pneumonie grippale mais ne signalent pas l'existence de pleurésies.

BROUSSAIS s'occupe aussi de la grippe et constate la complication pleurale.

GAIRDENER relate l'épidémie d'Edimbourg de 1858. Les phénomènes pulmonaires sont fréquents et il signale des cas de pleurésies comme suites de gripes.

Lors de l'épidémie de 1889-1890, des travaux ont été faits sur les pleurésies grippales.

CHATELIER étudie la question dans une monographie intéressante, et cite des cas.

CANNAC ajoute quelques observations cliniques et tente de faire la pathogénie.

ROQUES cite des cas intéressants où la pleurésie de la fin de la grippe se résorbe rapidement et semble être la terminaison critique du mal.

GAUCHER communique deux observations à la Société Médicale des Hôpitaux, où la pleurésie purulente a succédé immédiatement aux déterminations pulmonaires de la grippe.

BROCARD apporte un certain nombre d'observations personnelles, mais où la pleurésie est surtout à épanchement séro-fibrineux peu abondants. Enfin, les épanchements eux-mêmes ont donné lieu à des travaux assez récents au point de vue microbiologique.

En 1884, OTTO SEIFERT avait publié une étude sur le microbe de la grippe : microcoques en chaînettes ovales, de $1,5 \mu$ de long sur 1μ de large.

RIBBERT, de Bonn, a trouvé le streptocoque dans du pus d'empyème.

M. VAILLARD a fait des recherches bactériologiques sur les malades observés par lui. Il a trouvé le streptocoque, le staphylocoque pyogène.

BOUCHARD a trouvé souvent le streptocoque dans le liquide des pleurésies purulentes.

NETTER a trouvé 7 fois le streptocoque dans sept cas d'études du pu de pleurésies purulentes grippales. Dans un cas, le liquide contenait le pneumocoque et le streptocoque.

Nous tenons à signaler que *cette récente épidémie a été l'une des plus productrices en fait de pleurésies purulentes grippales. Les thèses faites sur ce sujet, aux environs de 1837-1890, signalent la rareté de cette complication et décrivent surtout la pleurésie sèche ou séro-fibrineuse.*

III. — QUELQUES GÉNÉRALITÉS SUR LES PLEURÉSIES PURULENTES GRIPPALES

La plupart de nos observations personnelles rentrent dans la catégorie des pleurésies purulentes consécutives à une pneumonie grippale.

Ces pleurésies présentent des caractères spéciaux que nous résumons ici afin de ne pas avoir à nous répéter dans les chapitres qui suivront.

Leur *début* est lent, insidieux, et la maladie peut passer inaperçue si l'on ne soupçonne pas la complication et si l'on n'ausculte avec soin.

L'erreur est facile, surtout quand l'empyème se montre après résolution complète de la pneumonie.

Le *pus* est crémeux, verdâtre, comparable à du pus d'abcès chaud ou bien il renferme des fausses membranes, parfois très épaisses.

La *fièvre* peut manquer ou présente, suivant le micro-organisme décelé par l'examen bactériologique, de grandes oscillations.

Les perforations pleuro-pulmonaires semblent être très rares et il n'y a pas plus de cas de perforation spontanée au dehors que dans la pleurésie purulente ordinaire. On peut surtout insister sur la tendance naturelle à la guérison qu'ont ces pleurésies.

Les empyèmes, suites de pneumonie, marchent rapidement, surtout quand ce bon résultat est hâté par l'intervention chirurgicale.

Cette bénignité relative est-elle due à ce que fréquemment le pneumocoque est l'agent morbide, et qu'il n'est pas dans les allures de ce microbe de produire de graves lésions??

Nous ne pouvons le confirmer d'après nos observations où même dans le cas de pleurésies à streptocoques la guérison est survenue rapidement, bien que l'état infectieux primitif ait été parfois alarmant.

MANUEL OPÉRATOIRE

Toutes les pleurésies purulentes dont les observations suivent ont été opérées d'une façon presque identique par M. le professeur Tédénat. Incision large afin que le pus et les fausses membranes s'évacuent facilement. Le bistouri rase le bord supérieur de la septième, huitième ou neuvième côte même, en général selon les indications stéthoscopiques. La

peau, une fois sectionnée, est tirée légèrement en haut, déplaçant la plaie de 3 ou 4 millimètres ; on incise l'aponévrose, les muscles, l'index gauche est mis dans la plaie ; il sent le bord supérieur de la côte le long duquel on va continuer à inciser jusqu'à la plèvre. De cette façon, on est certain d'éviter l'artère intercostale.

Le pus une fois évacué, deux gros drains sont placés dans la plaie qu'on ferme autour d'eux ; ils sont, d'autre part, fixés à la peau. C'est là une précaution qui ne paraît pas négligeable à qui sait combien de drains ont disparu dans la plèvre, pour y créer des suppurations interminables et n'être découverts qu'à l'autopsie.

La résection costale rend de grands services quand l'espace intercostal est étroit, elle complique peu l'intervention, la côte réséquée se reforme promptement. De plus, la virulence de l'agent infectieux peut réclamer pour le pus une sortie plus facile.

Le pansement semble avoir une importance énorme dans les suites de l'intervention. Si ayant opéré de façon aseptique on met un pansement propre, mais insuffisamment épais, il sera promptement souillé, et si on tarde à le renouveler la plèvre sera bientôt secondairement infectée.

Toutes les pleurésies purulentes citées ont été traitées sans lavages.

M. le professeur Tédénat pense que le lavage peut, s'il est mal fait, introduire des éléments infectieux nouveaux ou diffuser dans la plèvre ceux qui s'y trouvent déjà :

Le drainage a été simplement réalisé par deux drains accolés en canon de fusil, de longueur différente selon les cas, et laissés en place jusqu'à cessation de la suppuration.

PLEURÉSIES PURULENTES A PNEUMOCOQUES

OBSERVATION I

Observation personnelle prise dans le Service de M. le Professeur Tédénat, janvier 1919. — Recherche bactériologique faite par Mlle le Docteur Giraud).

La nommée-Marie-Rose F., 14 ans, s. p. à Montagnac.
Entrée, le 23 janvier 1919.

A. H. — Mère anémique ; Père et frère en très bonne santé.

A. P. — Bronchite à 3 ans, depuis touse tous les hivers.
Jamais d'infections aiguës.

Constitution faible, teint pâle, maigreur.

Réglée à 13 ans, régulièrement perd 7 à 8 jours, sans douleur.

En janvier 1919 les parents de Marie-Rose F. furent grippés, la fillette les soigna pendant deux jours et fut malade aussi. Epistaxis, point de côté douloureux à gauche, respiration pénible. Voilà tous les renseignements que fournit la malade. Au bout de quelques jours elle fut amenée dans le service de M. Tédénat.

Inspection. — Essoufflée, en moiteur — couchée sur côté gauche — A jour frisant on constate que le thorax est voussuré à gauche, en arrière surtout.

A la *patpation* les vibrations sont abolies à gauche.

Percussion. — Matité étendue jusqu'au niveau de la moitié de l'omoplate.

Auscultation. — Silence respiratoire. Signes d'épanchement pleural confirmés par une ponction exploratrice ramenant un liquide purulent.

Température 38°. Pouls 120.

Pleurotomie le 24 janvier. — Une quantité de pus clair jaillit, deux drains sont accolés en canon de fusil et introduits dans la cavité. Pansement large.

Le soir, température 37° ; Pouls 110. Le pansement est refait, la suppuration étant très abondante. Pendant trois jours la température et le pouls sont normaux, puis, le 27 janvier, élévation à 38°5 avec pouls à 140. Rien de pulmonaire cependant n'explique cette fièvre qui dure une semaine : 37° à 39° avec pouls 120-145.

Il y a de l'essoufflement, de la rougeur des pommettes, puis tout redevient normal.

La suppuration se tarit ; trois semaines après l'intervention les drains sont enlevés, alors il y a bourgeonnement. Cicatrisation.

La petite malade est sortie en mars bien rétablie.

Élément microbien décelé : pneumocoque.

OBSERVATION . II

(Service de M. le Professeur Tédénat. — Observation personnelle.

Analyse bactériologique, par Mlle le docteur Giraud).

La nommée Rosa M., 50 ans, cultivateur à Bessan (Hérault).

A. H. — Néant.

A. P. — Fluxion de poitrine avec rechute grave à 12 ans.

Réglée à 12 ans, régulièrement et normalement. Quatre grossesses à terme ; n'a pas nourri.

A 28 ans, Rosa M. s'enrhume fréquemment et est même soignée pour bronchite chronique. Santé précaire jusqu'à 37 ans.

Cinquième grossesse, accouchement régulier, enfant robuste que la mère veut nourrir. Mais au bout de quelques jours ne nourrit plus et se sent malade : essoufflement, sueurs nocturnes, quintes de toux le matin, puis quelques crachements de sang et enfin pleurésie sèche à droite. Se remet cependant assez vite.

Maladie actuelle. — Au début de février 1918, grippe à forme pulmonaire.

Pas de fièvre élevée, pas d'albumine, mais point de côté précoce à droite et en avant.

Au bout de huit jours, la gêne respiratoire augmente, le point de côté est si douloureux que la malade appréhende de respirer et de tousser.

Application de vésicatoires qui provoquèrent tous un écoulement abondant. Le médecin fit une ponction exploratrice qui ramena du pus et la malade demande alors d'elle-même à venir à l'hôpital.

Signes d'un abondant épanchement pleural droit pour lequel M. Tédénat opère dès le lendemain de l'arrivée de Rosa M. dans son service.

Incision dans le 7^e espace intercostal droit. Il sort une quantité énorme de pus fluide avec des paquets de grumeaux caséeux.

Drainage : deux drains accolés en canon de fusil et fixés par un crin de Florence.

Pansement large.

Ce pansement doit être refait le soir même car il y a un écoulement abondant de pus. Pas de température. Grande impression de soulagement.

Depuis, pansement journalier : *pas de lavage*. Etat général satisfaisant. Pouls et température normaux.

Un des drains n'a été enlevé qu'au bout de six semaines, puis simple cautérisation de la petite plaie au nitrate d'argent tous les trois ou quatre jours.

La malade mange et engraisse.

Elle se lève en mai et au début de juin part guérie.

Élément microbien : pneumocoque.

Pas de bacille de Koch dans les crachats.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

M. M. A., de Sommières (Gard).

Agé de 66 ans.

Entré le 5 février 1919.

Sorti le 12 mars 1919.

A. H. — Néant.

A. P. — Paludisme.

Au début de janvier, grippe infectieuse avec bronchopneumonie. Le sixième jour, point de côté très douloureux. Le dixième, la température s'élève à 39 ; axillaire.

Le 5 janvier, ponction ramenant trois-quarts de litre de liquide séreux.

Révulsion, vésicatoires, ventouses, etc. Malgré ce, le malade a de fortes quintes de toux, maigrit beaucoup et se nourrit peu.

Les urines diminuent. Dyspnée. Sueurs abondantes.

Le 23 janvier, nouvelle ponction, 2 litres 1/2 de liquide séreux, filant.

Huit jours plus tard, température 39°5, urines 200 grammes !

Signes d'une nouvelle collection. Le malade est amené chez M. Tédénat.

Température 38°7. Pouls 130.

Dyspnée intense. Expectoration muco-purulente. Toux violente. Constipation. Insomnie. Délire léger. Cachexie. De temps en temps frissons.

Examen. — Dilatation des veines sous-cutanées de la paroi thoracique. OEdème de cette paroi, voussure. Matité. Abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. Léger souffle.

Opération. — 5 février 1919.

Ligne d'incision : dans le septième espace, au voisinage de la ligne axillaire postérieure plutôt en arrière.

Ponction exploratrice au milieu de la ligne avec le trocart ; on retire l'aiguille et on laisse la canule pour guider l'incision. Il sort un liquide purulent légèrement hémorragique, on incise la peau au niveau du bord supérieur de la côte sur une étendue de 5 à 6 centimètres. Le pus jaillit, bientôt des quintes de toux chassent ce pus violemment en jet, il sort quelques fausses membranes.

On introduit deux drains, on les fixe avec une épingle de sûreté.

Pas de lavage. Pansement large.

Le lendemain, la température est à 37°2. Pouls à 88. Jamais d'élévation thermique depuis.

Guérison complète vers le milieu de mars.

Élément microbien : pneumocoque

OBSERVATION IV

(Personnelle, prise dans le service de M. le professeur Tédénat. — Analyse bactériologique par M^{lle} le docteur Giraud)

Le nommé Henri A., 37 ans, charretier à Montpellier.

Entré le 4 novembre 1918.

Grippe grave à forme pulmonaire ayant débutée vers le 1^{er} octobre.

Après quelques jours de mieux sensible, la température est remontée à 40°5, dit le malade, en même temps point de côté douloureux à gauche, essoufflement, sueurs.

A été ponctionné le 26 octobre, et la ponction a donné près d'un litre de pus. Amélioration passagère, puis le médecin a été amené à faire une deuxième ponction au bout de quelques jours. Le résultat a été, à tous points de vue, sensiblement le même qu'au début. Aussi, le malade a-t-il été transporté, le 4 novembre au soir, au service de M. Tédénat.

Signes complets d'un abondant épanchement pleural à droite et état général peu satisfaisant.

Température 39°4. Pouls 120.

Intervention dès le lendemain. Incision dans la septième espace intercostal droit, et évacuation d'une quantité considérable de pus verdâtre. Deux drains fixés. Pansement large comme d'ordinaire. Le soir, température 38°. Pouls 100.

Le lendemain, température 37°5. Pouls 110. Le pansement traversé est refait. Pourtour de la plaie lavé à l'alcool. Drains nettoyés, puis gazes sèches, coton, bandage

La toux et l'expectoration vont en décroissant. La température est, petit à petit, devenue normale, et le malade, qui reprend sa mine et son entrain, engraisse sensiblement.

Le 18 novembre, on enlève les drains, le 20, lever.

Depuis, aucun fait à noter. Départ au début de décembre.

OBSERVATION V

(Observation recueillie par M. le docteur Peynet, ex-interne des hôpitaux de Toulon. — Pleurésie purulente à pneumocoques)

M^{me} G., 30 ans, ménagère à Toulon.

Femme robuste, sans antécédents.

7 enfants bien constitués.

Grippe le 5 janvier 1919. Le 22, pneumonie massive à gauche. Température 40°. Le 24, le côté droit se prend à son tour. Dyspnée excessive, cyanose. Saignée de 500 centimètres cubes.

Dans la nuit du 27 au 28, M^{me} G., enceinte de 8 mois 1/2, accouche d'un enfant qui succombe le 31.

A partir du 29, une amélioration notable se produit et la malade semble s'acheminer vers la guérison.

Le 5 février, la dyspnée reparait et la température vespérale atteint 39°. L'auscultation révèle un épanchement pleural considérable à droite.

Une ponction exploratrice, pratiquée le 18, amène quelques gouttes de pus.

M^{me} G. rentre à l'hôpital civil de Toulon le 20. Opérée le 23 par M. le Dr Bertholet; sous anesthésie à l'éther ombredanne. A l'ouverture de la plèvre, un flot de pus jaunâtre, épais et mal odorant s'écoule. Un magma caséux est retiré de la plèvre. Drainage.

Les suites opératoires sont normales, et le 5 mars M^{me} G. était en bonne voie de guérison.

OBSERVATION VI

Observation due à M. le Dr Peynet, Ex-interne des hôpitaux de Toulon.
Pleurésie purulente à pneumocoques

Mme D., 34 ans, ménagère à Toulon, a eu en février une grippe grave avec symptômes de bronchopneumonie gauche. Entre à l'hôpital civil de Toulon le 28 février atteinte de pleurésie purulente gauche sans mauvais état général.

Opérée le 3 mars par M. le Dr Daspres sous anesthésie à l'éther Ombredanne.

Légère congestion post-anesthésique du poumon droit.
Tachycardie.

Le 5 mars, la malade était en bonne voie de guérison.

Les pleurésies purulentes à pneumocoques citées sont consécutives à des pneumonies. Nous lisons dans les traités classiques à propos de cette affection, que sa terminaison peu vomique est fréquente, les symptômes locaux et généraux bénins, la guérison de règle après une ou deux ponctions.

Les malades atteints de pleurésies grippales pneumococciques que nous avons approchés sont arrivés au service de M. Tédénat dans un état plutôt alarmant (Obs. III).

Deux d'entre eux (Obs. III-IV) avaient été déjà ponctionnés sans résultats et on a pu constater sitôt la pleurotomie faite un changement des plus heureux dans leur état. Sans doute la pleurésie ayant évolué chez des gens déjà affaiblis par une grippe antérieure, le microbe a été très virulent et le tableau clinique de la pleurésie à pneumocoques s'est écarté du tableau ordinaire; mais ce que nous pouvons déduire des observations citées est qu'en pratique mieux vaut semble-t-il traiter la pleurésie à pneumocoques comme la pleurésie à microbes plus malins, et l'inciser d'une façon précoce sans espérer un vomique ou se fier aux simples ponctions.

Les pansements aseptiques qui suivent seront faits simplement et *vivement* afin d'éviter toute infection secondaire.

PLEURÉSIES A STREPTOCOQUES

OBSERVATION VII

(Due à M. le professeur Tédénat)

M. Marcel A., 14 ans. Entré en décembre 1918.

En septembre, grippe avec bronchopneumonie. Température élevée 40 à 40.8, au 6^{me} jour la courbe s'abaisse, mais se maintient vers 38°5. La courbature, fièvre, nausées, vertiges persistent, le malade maigrit et perd tout appétit. Température à grandes oscillations.

Fin octobre diarrhée glaireuse et début de point de côté.

La toux qui s'était calmée revient par quintes, expectoration muco-purulente, dyspnée vive. Le médecin diagnostique un épanchement de la grande cavité pleurale gauche.

Début de novembre 1^{re} ponction : il sort 1/2 litre de liquide séro-purulent.

Légère baisse de température, puis fièvre élevée de nouveau, l'épanchement se reforme, voussure, matité.

Le 2-décembre nouvelle ponction au Potain : un litre de liquide purulent jaune-verdâtre, crémeux. Élément microbien décelé : streptocoque. De nouveau légère baisse de température, mais suivie d'une nouvelle hausse, le malade est secoué de violentes quintes de toux qu'il redoute énormément.

Il entre le 9 décembre chez M. le professeur Tédénat.

Fièvre à grandes oscillations : 37°5, 39°9. Maigreur impressionnante, sueurs profuses surtout nocturnes, frissons répétés, urines 300 gr. Pas de vomique.

Facies terreux, dyspnée intense, quintes de toux. Pouls petit à 150. Constipation. Lassitude. Sub-délire. Au point de vue local : voussure, matité, abolition des vibrations thoraciques à gauche, œdème de la paroi, veines sous-cutanées dilatées

Le 7 décembre 1918 pleurotomie simple. Le thorax étant lavé à l'alcool bi-ioduré on fait une ponction dans le 6^{me} espace intercostal gauche, il sort un liquide purulent épais, le trocart ne donne presque pas ; se guidant sur la canule on incise le 6^{me} espace contre le bord supérieur de la côte sur une longueur de 5 à 6 centimètres. L'ouverture de la plèvre provoque une quinte de toux qui fait jaillir le pus et fait sortir de véritables blocs de fausses membranes. On fixe dans la plèvre deux gros drains de 7 à 8 centimètres de long maintenus par un crin de Florence. Pansement absorbant épais renouvelé tous les jours. Ecoulement abondant pendant 10 jours.

Température moyenne de 37°5. Pouls 100.

On enlève un drain le 14^{me} jour et l'autre le 19^{me}. Cicatrisation rapide. Le malade reprend de l'entrain et de l'appétit et sort complètement guéri. A l'auscultation : un peu de rudesse respiratoire des deux sommets.

OBSERVATION VIII

(Personnelle, prise dans le service de M. le professeur Tédénat. -- Analyse bactériologique faite par M^{lle} le docteur Giraud).

La nommée Thérèse C., 33 ans, ménagère à Saint-Gély-du-Fesc.

Entrée en octobre dans le service de M. Tédénat pour kyste hydatique du foie. Opérée le 31 octobre.

Guérison de la plaie opératoire le 25 novembre.

Le 28 novembre. Frisson. Dyspnée.

Température 39. Pouls 110.

Le 29. Foyers de bronchopneumonie à la base gauche.

Grippé. Température toujours élevée, état général très inquiétant. Médication locale et générale énergique.

Le 30 novembre. Aggravation. Muguet. Cyanose. Suffocations. Point de côté très violent.

2 décembre. Signes nets d'épanchement pleural à gauche.

Cependant la malade semble mieux, le facies est meilleur, la respiration plus facile, le muguet tend à disparaître et la température le 2 et 3 décembre au soir n'atteignait pas 38°5.

Puis le 4 il y a eu une nouvelles ascension thermique de 36°5 le matin à 39 le soir avec pouls à 140.

Le lendemain 38°4, le surlendemain 39 avec toujours 140 pulsations.

Malgré l'état de faiblesse de la malade on décide donc la pleurotomie.

Pas d'œdème pleural de la paroi mais signes d'un épanchement très abondant.

Le 8 décembre intervention. Incision dans le sixième espace intercostal gauche. Il s'écoule au moins deux litres de pus extrêmement fétide, rejaillissant surtout pendant les efforts de toux qui surviennent.

On fixe deux drains accolés en canon de fusil et après avoir nettoyé à l'alcool tout le pus qui souillait le thorax on applique un large et épais pansement aseptique.

Le soir même température 38. Pouls 110. Respiration plus aisée.

Le pansement a été tout d'abord refait deux fois par jour à cause de la suppuration abondante. Pansement sec et rapidement fait. Puis l'écoulement a peu à peu diminué.

Trois fois pendant la semaine qui a suivi la pleurotomie, la température s'est subitement accrue, mais sans toutefois dépasser 38°5.

Le 18 décembre elle est tombée à 37 et s'y est maintenue depuis.

Le 22 on a enlevé les drains.

La malade dont l'état général s'améliore rapidement a pu se lever le 1^{er} janvier et a quitté le service le 6 bien guérie. Élément microbien du pus pleural : le streptocoque.

OBSERVATION IX

(Observation personnelle prise dans le service de M. le professeur Tédénat. Salle Bouisson, n° 35. — Analyse bactériologique par Mlle le docteur Giraud).

Le nommé Ferdinand B., 18 ans.

Entré en janvier 1918.

Pneumonie grippale très grave ; ce malade a eu pendant 13 jours une température de 40 à 40°5 chaque soir avec très faible rémission le matin.

Une quinzaine de jours après l'apparition de cette grippe, il a souffert violemment du côté gauche et a présenté des signes d'un épanchement pleural abondant.

Ponctionné avec le Potain le 29 décembre, on a retiré un litre de pus verdâtre.

Le soir de la ponction, température presque normale, mais remontant dès le lendemain à 39°5.

Après quelques jours d'expectative, le malade est amené à l'hôpital et hospitalisé salle Bouisson.

Après examen, on décide une pleurotomie immédiate.

Incision dans le 7^e espace intercostal gauche. Il s'écoule plus de deux litres de pus fétide, verdâtre, assez fluide. Deux drains sont fixés par un crin de Florence et on applique un épais pansement sec.

Le soir, température 37°5. Pouls 100. Cela pendant trois jours, puis la fièvre remonte à 38°5, 39° et oscille ainsi pendant dix jours. Localement, écoulement abondant obligeant à renouveler le pansement matin et soir.

Après une dizaine de jours d'apyrexie, il y eut une nouvelle ascension thermique, mais plus légère (38°5) et n'ayant duré que quatre jours.

Le malade est alors entré définitivement en convalescence, les drains ayant été enlevés, et la guérison rapide.

A l'examen du pus : streptocoque.

OBSERVATION X

(Observation prise dans le service de M. le professeur Tédénat par M. Laventure. — Recherche bactériologique par Mlle le docteur Giraud).

Joseph R., cultivateur à Nézignan-l'Evêque, entre au service le 6 décembre 1918.

Grippe en novembre sans gravité très notable.

Vers le 26, gêne respiratoire augmentant tous les jours. Après examen, le médecin a fait une ponction, côté droit, et a retiré, dit le malade, 4 litres de pus ; conseil d'hospitalisation dans un service de chirurgie.

Le malade arrive avec une température de 39°5 le soir, 38° le matin. Il ne se plaint nullement.

L'examen révèle une voussure du thorax, en arrière et à droite.

De la matité et de l'obscurité respiratoire à la base droite.

9 décembre. — Ponction dans le 7^e espace intercostal droit, en arrière. Il ne sort rien au début, mais après une profonde inspiration on peut recueillir du pus légèrement hémorragique.

On fait alors une incision dans ce même espace et le pus sort avec abondance. Deux drains. Pansement. Prélèvement. Résultat de la recherche microbiologique par Mlle le docteur Giraud : *staphylocoque* et *streptocoque*.

Le malade s'est senti très soulagé. Injection de 10 cc. d'huile camphrée après l'intervention, renouvelée le soir ainsi que le pansement.

10 décembre. — T. 37°2.

Ecoulement de pus et de quelques caillots.

13 décembre. — Nettoyage des drains obstrués par de petits caillots.

27 décembre. — Drains enlevés. Beaucoup moins de suppuration.

Pansement tous les deux jours.

Le malade entre en convalescence.

1^{er} janvier. — Amélioration continue. T. n'atteint pas 38°.

3 janvier. — Le malade se lève.

13 janvier. — Plaie minime et état général excellent.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Le 5 décembre 1914 je fus appelé à l'hôpital militaire de Lodève pour opérer un soldat, âgé de 25 ans. Il avait été pris de pleurésie gauche quarante-cinq jours avant. Température élevée, état général mauvais. Une ponction faite le 19 décembre avait donné du pus à streptocoque.

La plèvre était remplie, le cœur refoulé, la respiration difficile.

Avec l'assistance des docteurs Rouquette, Gachon et Varrier, je fis, après anesthésie à l'éther, la résection de 12 centimètres des 8^e et 9^e côtes : pus abondant avec dépôts fibrineux.

Les 7° et 10° côtes étant fortement écartées, je fis une incision antéro-postérieure de la plèvre viscérale. Ecartant avec des pinces les deux lèvres de la plèvre incisée pour obtenir décortication, le poumon fit hernie rapide, une vraie irruption. Deux drains à chaque extrémité de l'incision thoracique qui fut suturée par trois points au crin de Florence entre les deux drains.

Dès le lendemain, chute de la température, amélioration rapide de l'état général. Les drains donnant très peu furent enlevés au dixième jour.

Cicatrisation au vingt-troisième jour. Le poumon reprit rapidement ses fonctions.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Je pratiquai quinze jours plus tard une incision entre la 7° et la 8° côtes droites pour une pleurésie à streptocoques chez un soldat du même hôpital. Son état était très grave ; muguet dans la bouche, larges plaques ecchymotiques en plusieurs points du corps. Il succomba trois jours après.

..

Nous avons pu déduire de toutes les observations et thèses lues récemment que le streptocoque fait de la grippe une maladie d'élection pour manifester ses propriétés infectieuses.

Laveran l'a rencontré presque toujours dans le sang et liquides épanchés des malades morts de grippe infectieuse.

« Il peut se faire que sous l'influence des conditions atmosphériques qui précèdent l'apparition de la grippe, la virulence de certains microbes vulgaires et spécialement celle du streptocoque soit exaltée, que, par conséquent, ces microbes donnent naissance à des accidents beaucoup plus graves que ceux qu'ils produisent d'ordinaire. »

Pour Netter, Vailland, Vincent, le streptocoque « a joué un rôle de premier ordre dans les dernières épidémies de grippe (1890) ». Les thèses de Vignalou (1890), Ménétrier (1886) signalent des complications pleurales et pulmonaires *dues au streptocoque surtout*.

En ce qui nous concerne, nous ne pouvons juger de la fréquence de la pleurésie à streptocoques par rapport à celle à pneumocoques, n'ayant pas suffisamment d'observations pour conclure.

Pour tous les auteurs, les signes physiques et stéthoscopiques seraient comme dans les autres variétés de pleurésies.

D'après Netter, l'œdème de la paroi, exceptionnel dans la pleurésie à pneumocoques, serait signalé cinq fois sur 25 cas dans la pleurésie à streptocoques suite de grippe.

Nous signalons de l'œdème de la paroi dans un cas à pneumocoques (Obs. III) et dans un cas à streptocoques (Obs. VII). Le pus semble varier fréquemment d'aspect, et, de même, pour les fausses membranes, nous ne remarquons pas qu'il y en ait davantage dans la première que dans la deuxième série de nos observations, mais la quantité de pus serait peut-être plus considérable dans la pleurésie à streptocoques (Obs. IX et X).

La fièvre serait, d'après Bouchard et d'après nombre d'auteurs, une fièvre de suppuration à oscillations irrégulières, diminuant après l'évacuation de la plèvre et augmentant avec l'épanchement. Nous ne pouvons que confirmer ce fait, car tous les malades dont il est question dans la deuxième série des cas rapportés ont présenté une température élevée, très différente le soir de ce qu'elle était le matin, température cédant à la pleurotomie, mais augmentant encore de temps en temps, par la suite, d'une façon imprévue et irrégulière (Obs. VIII et IX).

Enfin, au point de vue pronostic, nous avons toujours été

persuadée de la gravité extrême de la pleurésie à streptocoques.

« L'épanchement augmente vite et la maladie a une marche fatalement rapide si on n'intervient promptement et largement. »

« Le malade succombe avec tous les signes de l'infection purulente » (Laveran).

« Le malade peut mourir avec accidents pyohémiques malgré l'intervention » (Strauss).

Pour Netter, la mort qui dans la pleurésie à pneumocoques est de 2,3 %, atteindrait 24 % dans la pleurésie à streptocoques.

Un des malades amené à la clinique de M. le professeur Tédénat (Obs. VII) avait à son arrivée un aspect bien peu rassurant, mais celui de l'Obs. VII « cachectisé » était, bien qu'infecté par le pneumocoque, en d'aussi tristes conditions et tous deux ont guéri en un mois à peine.

Dans l'observation VIII il est question d'une malade opérée pour un kyste hydatique du foie, très gravement grippée, puis opérée enfin pour épanchement pleural à streptocoques. Un mois après également elle est partie bien rétablie.

Enfin notre cas n° 9 d'association de streptocoques et staphylocoques a évolué normalement vers la guérison après la pleurotomie.

Sitôt opérés nos malades n'ont plus donné d'inquiétude et il nous a été impossible de constater que le streptocoque apporta un élément plus fâcheux que quelques légères oscillations thermiques après l'intervention.

Il nous paraît donc difficile de nous ranger à l'avis des auteurs précédemment cités et tant d'autres qui font de la pleurésie à streptocoques une affection de pronostic très grave.

Nous ne citons que quelques cas, mais il nous ont paru tellement typiques que s'ils ne nous permettent pas de contredire

l'opinion précédente presque unanimement acceptée, ils nous autorisent à mettre une note plus optimiste au pronostic de la maladie.

CONCLUSIONS

1° Les pleurésies purulentes grippales se distinguent peu des autres pleurésies purulentes, mais on doit noter leur tendance à une guérison rapide.

2° La pleurotomie simple a été appliquée avec succès à toutes ces pleurésies, mais dans tous les cas un bon drainage a été fait et soigneusement surveillé. Les soins post-opératoires ont consisté en pansements rapides, larges et épais et il n'a jamais été fait de lavages de la cavité pleurale.

3° Les pleurésies grippales à pneumocoques ont eu dans quelques cas un tableau clinique grave, la vomique ne s'est jamais produite, les ponctions ont peu ou pas amélioré et nous en concluons qu'une amélioration rapide ne peut être demandée qu'à l'intervention chirurgicale.

4° Nous avons pu noter chez les grippés avec pleurésies à streptocoques des réactions fébriles plus vives et plus irrégulières, un état général plus précaire dans quelques cas ; mais l'amélioration est survenue sitôt la pleurotomie faite et les suites opératoires n'ont pas ou peu différé de celles de la pleurésie à pneumocoques. Ces faits nous permettent d'être plus optimistes qu'on ne l'est généralement.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 4 mars 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 1^{er} mars 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM'S (A). — HALLOWS (M). — FRENCH (H).

Influenzo-pneumococcal and influenzo-streptococcal septicemia epidemic influenzal " pneumonia " of highly fatal type and its relation to purulent bronchitis. (*Lancet*, Lond., 1919-i, 1-11. 1 pl.)

ACHARD (C.). — Grippe compliquée de pleurésie purulente à pneumocoques au cours du traitement par la sérothérapie antipneumococcique. (*Revue générale de chirurgie et thérapeutique*. Paris, 1919-x xxiii. 199).

ALBARRAN. — Cystite grippale hémorragique. (*Journal des Praticiens*, 1907).

ALBESPY. — Considérations sur les complications auriculaires de la grippe pendant la dernière épidémie. (*Th.*, Paris, 1890).

AUBARET. — Complications oculaires de la grippe. (*Marseille-médical*, 1^{er} avril 1910).

BABOUN (Tsalka-Nissel). — Manifestations pleurales de la grippe. (*Th.*, Paris, 1889-90).

BEHREND (M.). — Empyema abscess and gangrena of the lung following epidemic influenza. (N.-York, *Med. Journ.*, 1919 C.i. X-150-153).

BELL (E.-T.). — The pathology of the lungs in pneumonia following influenza. (*Journal Lancet*, Minneap., 1919, xxxix-13).

BELLOWS (C.-M.). — Prophylactic treatment of influenza for the prevention of pneumonia (N.-York, M. J. 1918. cviii-730).

BEZANÇON (E.). — Sur la grippe dite espagnole. (*Bull. Acad. Méd. Paris*, 1918. 3. S, xiv-860).

BÉRARD et DUNET. — Traitement des pleurésies purulentes post-grippales. Drainage axillaire antérieur. Irrigation discontinue et lever précoce. (*Bull. Acad. Méd. Paris*, 1918. 3. S. lxxx-622-624).

BOUCHARD. — Comm. Arch. Méd. 28 janvier 1890.

BOUCHER (Paul). — Étude de quelques cas de suppurations multiples consécutives à la grippe. (*Th. Paris*, 1897).

BOUVERET. — Traité de l'empyème. (Paris, 1888).

BROCARD. — Des pleurésies grippales. (*Th. Paris*, 1890).

BROUSSAIS. — *Gaz. des Hôp.*, 1837.

CANNAC. — Des déterminations pleurales de la grippe. (*Th.*, Paris, 1876).

CARRERA (J.-L.). — Spanish Influenza. (N.-York, M. J. 1918. c. v. III. 574).

CESTAN. — La thérapeutique des empyèmes. (Paris, 1898).

CHATELIER. — De la pleurésie dans la grippe. (*Th. Paris*, 1880).

CHAUVEAU. — Contribution à l'étude de la grippe. (*Th. Paris*, 1884).

DEAVER (J.-B.). — The surgical complications and sequelae of influenza. — (*Med. chir. N. Ann. Phila* ; 1918. II-699-704).

DUBOIS (Ludovic). — Histoire de la grippe à Toulon. (*Th. Montpellier*, 1889-90).

DUNHAM (E.-K.). — An application to empyema of the principles underlying to use of antiseptics. (*Ann. Sur. Phila*. 1918. lxxviii-148-151.).

DUPIN (François). — Des complications de la grippe. (*Th.*, Bordeaux, 1889).

ERLICH. — Les microorganismes des pleurésies purulentes. (Berl. *Klin. Vorh.*, n° 20, p. 407-1888).

FLORAND (A.). — A propos de l'épidémie de grippe actuelle. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1918. 3. s. xlii-753-756).

GAIRDENER. — Edimbourg. *Méd. Journ.* 1858.

GAUCHER. — Comm. à Société Méd. des Hôp. Juillet 1887.

GONSALEZ (Alvarez). — Sobre la epidemia actual. (*Peditria espan.* Madrid, 1918. vii 235-246).

GRAHAM (H.-F.). — Recent advances in the surgery of lung and pleura. (*Long. Islan. M. J.* Brooklyn, 1918, xii 446-449).

GUITERAS (John). — *Phila. Med. Times.* 10 avril 1880.

HELME. — Pandémie grippale, formes septicémiques hémorragiques. (*Revue moderne méd. et chir.*, 1918).

HENDERSON (Francis). — La grippe. Les Symptômes. Ses Variétés et ses causes. (Glasgow, *Med. Journ.*, vol. XIII, pp. 353-449; vol. XIV, pp. 89-265).

JARRE (Vincent). — Quelques complications suppuratives de la grippe. (*Th.*, Paris. 1890).

KENNEBY (J.-W.). — Surgical pathology of the present influenza epidemic. (*Ibid.*, 887).

KOENIG. — Noch limnal die Frage der empyem operation. (*Centrall bl. f. chir.* Leipzig, 1880, n° 408-706).

LAVERAN. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 23 février 1890 et séance 21 février.

LEYVA (L.) et LEGENDRE. — Surgical treatment and prognostic of empyema following la grippe. (*Surg. gynec. and obst.* Chicago, 1919, XXIX, 17-23).

MACHT (D.-J.). — On parotitis as a complication of influenza. (*Med. Rec.* N.-Y., 1918. XCV. 1117).

MARFAN. — Étiologie et diagnostic des pleurésies purulentes. (*Gaz. des Hôp.* 30 avril 1889).

- MAUDE (A.). — Influenza and purulent bronchites. (*Lancet London*, 1918. II 321).
- M C. DUFFIE (M.-W.). — Post influenzal empyema. (N.-York. M. J. 1919. c. IX. 766-768).
- MÉNÉTRIÉR. — Grippe et pneumonie. (*Th.*, Paris, 1889).
- MEYER (W.). — Post operative thoracic drainage. (*Ann. Surg. Phila.* 1918. LXVIII 156-157, 3 pl.
- NETTER. — Comm. Soc. Méd. Hôp., 7 février 1880; *Bull. Soc. Méd. Hôp.* 11 janvier 1889 et 22 mai 1890; *Bull. Soc. Anat.*, 1887.
- NETTER (A.). — L'épidémie d'influenza de 1918. (*Bull. Acad. Méd. Paris*, 1918. 3. s., LXXX-275-286).
- OLMER et VUILLET. — Streptococcie pleurale atténuée au cours de la grippe. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1918. J. S., XLII. 1212-1215).
- OLMER. — Les pleurésies au cours de la grippe. (*Marseille-Méd.*, 1919, I.V.I. 97-115).
- OTTO-SEIFERT. — Weimer, *Méd. Blatter*. 1889.
- OZANAM. — Histoire des maladies épidémiques.
- PETER. — Étude clinique et pathogénique sur l'épidémie de grippe actuelle. (*Bull. Méd.*, 19 Janvier 1890).
- PETIT (Alexandre). — Infection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe. (*Th.* Paris, 1894).
- PEYNET (J.-G.). — La grippe hémorragique. Étude clinique et thérapeutique. (*Th.*, Montpellier, 1919).
- PIEDAGUEL. (*Gaz. Méd. de Paris*, en 1837).
- PIORRY. — Lettre à l'Académie, in *Gaz. Méd. Paris*, 1837.
- RAMALAO (Carlos). — Dados laboratorios sobre la epidemia reinante. (Porto, 1918).
- RENON et MIGNOT. — Deux cas d'épanchements hémorragiques de la pleùve au cours de la grippe. (*Paris Méd.* Nov. 1918).

RICHET (C.) et BARBIER. — Épanchement sanglant aseptique de la plèvre au cours des infections pulmonaires grippales. *Bull. et Mém. Soc. Mém. des Hôp. de Paris*, 1818. 3. s., xlii, 1016-1018. — Bactériologie des complications pulmonaires de la grippe. (*Ibid.*, 397).

RICHET et BARRIER. — Les épanchements pleuraux hémorragiques dans la grippe. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1918).

RIVIÈRE-OLIVE. — Lung puncture in the treatment of influenzal pneumonia. (*Lancet London*, 1919. 1-816).

ROQUES. — Épanchement pleural à la période terminale d'une grippe intense. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 10 déc. 1886).

TERRIER et REYMOND. — Chirurgie de la plèvre et du poumon.

TUFFIER. — Traitement des épanchements purulents de la plèvre. (*Presse Méd. Paris*, 1918. XXVI, 427-499).

VAILLARD. — Communication à Soc. Méd. Hôp., 29 janvier 1820.

VIGNALON. — Étude des pleurésies à streptocoques (*Th.*, Paris, 1889-90).

WITHINGTON. — An unusual sequæla of influenza. (Boston M S. J. 1919. clxxx. 58).

WOTRUBA. — Permanente aspiration drainage. (*Wiener Med. Presse*. 1889).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !
